

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE/SOLICITANTE  
PARA:

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE

DOBLAR AQUÍ PARA SOBRES CON VENTANA.

Estimado/a \_\_\_\_\_ :

La División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo ha determinado que para efectuar una determinación o una nueva determinación de elegibilidad se requiere un Inventario para la Planificación del Cliente y de la Agencia (ICAP), es decir una escala de calificaciones para las habilidades de adaptación.

Se le enviarán los siguientes documentos para explicarle sobre los requisitos del ICAP y los procedimientos de evaluación.

- WAC 388-823-0900 al 0940
- Lineamientos para completar la Escala de Comportamiento Adaptable del ICAP/SIB-R.
- Consentimiento informado para la Administración del ICAP (DSHS 10-329)

Comuníquese conmigo al \_\_\_\_\_ para concertar una cita. Usted deberá venir con una persona que lo conozca día a día desde hace por lo menos tres (3) meses. **Si no tengo noticias suyas** antes del \_\_\_\_\_ la decisión sobre su elegibilidad se basará en la información disponible.

Se encuentra disponible una copia completa de las reglas estatales que rigen la elegibilidad (WAC 388-823) mediante solicitud o en el sitio Web <http://www1dshs.wa.gov/ddd/index.shtml>.

Espero con ansias hablar con usted.

Cordialmente,

Administrador de Caso/Recursos de DDD

Adjuntos

Cc: Tutor/Representante Legal